

Kabızlık (Konstipasyon)

Kabızlık bir hastalıktan ziyade bir bulgudur. Haftada 3 veya daha az dışkılamak birlikte zor dışkı yapmak olarak bilinmelidir. Gastroenteroloji klinikleri ve cerrahi polikliniklerinin sık karşılaşılan hastalarıdır.

Aşağıdaki bulguları 2 ay veya daha fazla süre çeken kişiler kabızlık sıkıntısı yaşamaktadır:

1. Haftada 3 veya daha az dışkılama
2. Dışkılama sırasında uzun uzun ıkınmak
3. Dışkılama denemelerinizin ¼ ünde sert çıkması
4. Tam boşalamama hissiyatı
5. El-parmak yardımı ile boşaltma denemeleri yapmak

Aynı zamanda kişinin ilaç kullanmasına rağmen nadir olarak yumuşak dışkılama yapması da bilinmelidir.

Diğer taraftan kabızlık çekenler tamamen bulgusuz olarak aşağıdakiler gibi doktora baş vurur:

1. Karında şişlik
2. Dışkılama sırasında ağrı
3. Makattan kanama
4. Geçici diare olma durumu
5. Pelvis-makat ağrısı

Aşağıdaki durumlar zor dışkılamayı temsil eder:

1. Dışkılamanın tam oladığı hissi
2. Parmak yardımı ile dışkılamak
3. Rektumda hep dışkı varmış gibi dışkılama isteği olması
4. Lavmanın geri gelmesi

Aşağıdaki bulgular var ise ileri bir dikkatle izlemek gerekir:

1. Rektal (makattan) kanama
2. Karın ağrısı (rahatsız barsak hast.ğını kabızlıkla giden formu)
3. Gaz çıkaramamak
4. Kusma

Tanı:

Bir çok tanı aracı farklı yerlerde kullanılır. Kişi bölüm bölüm, doktor doktor gezer. Tanı için;

- Rektal ve perine muayenesi dikkatlice ve tekrar tekrar yapılmalıdır

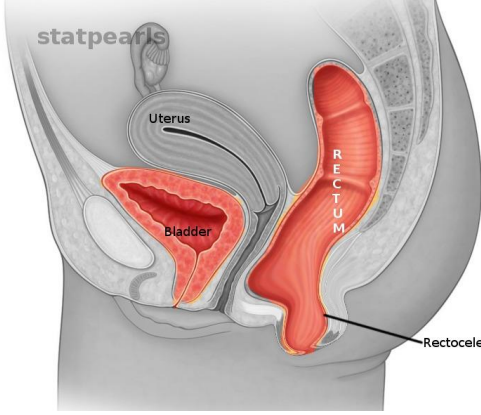
- Laboratuvar testleri başlangıçta önemli rol oynamaz
- Görüntüleme ileus gibi hastalıkların ayırıcı tanısında kullanılır
- Eğer hasta ateş, lokositozis karın ağrısı gibi bulgulara sahip ise sistemik veya intraabdominal bir hastalık ekarte edilmelidir.
- Alt GIS kolonoskopi, kolon geçiş zamanı, defekografi, manometre, EMG, balon dışkılama testi vb. leri gerektiğinde yapılmalıdır.

Tedavi;

- Gaita taşlaşması varsa çıkarılır
- Anahtar tedavi yeme içme değişiklikleri yapılmasıdır.
- İlaçlar; (posa, dışkı yumuşatıcılar, hızlı etkili olan lubrikanlar, prokinetikler, laksatifler) gerektiğinde kullanılır.

Yeni tedavi yolları:

- Seçici prokinetikler
- Lactilol (osmotik laksatif)
- Osmotik ajanlar (IBS de)
- Opioid rsp. Antagonistleri...



Rektosel

Rektosel rektum ön duvarının vajina arka duvarından vajinal açıklığa doğru herniasyonudur.

Etiyoloji ve bulgular:

Rektoseli olan hastalar sıklıkla çok doğum yapmış, belirli bir yaşın üzerinde ve şişmanlıkları olanlardır. Fakat tek doğum yapanlar da da görülmektedir.

Genital organ cerrahisi veya pelvis rekonstrüksiyon cerrahisinden sonra da meydana çıkabilir.

Buradaki zafiyet rektum ön duvarı ile değil rektovaginal septumun zafiyeti ile ilgilidir. Perineal cisim de önemlidir. Anovajinal stabiliteyi sağlar. Doğumlarda ise gevşer.

Bulgular;

Sabah veya belirli zamanda ayağa kalkılınca yada ağır bir cisim taşınmasını takiben "bir şeyin aşağı düşmesi" hissi ile başvurur. Bu durum ayakta iken artar, yatınca rahatlar. Pelviste basınç ve arka pelvik bölge ağrısı da olabilir. Distal rektum la alakalı olduğu için dışkılama-kabızlık problemi ve disparanü giderek şiddetlenir.

Tanı yöntemleri;

- Digital rektal muayene
- Anoskopi, kolonoskopi
- Kolonik transit zamanı ölçümü
- Transrektal-transperineal ultrasonografi
- Defekografi
- Pelvik taban floroskopisi

Tedavi yöntemleri;

Medikal tedavi için dışkının hacimlendirilmesi, splintleme veya pserlerin kullanımı önerilir.

Cerrahi tedavi yöntemleri olarakta posterior kolporafiler ile transanal yaklaşım ile tamir ve ya Abdominal yaklaşım ile Rektosel tamiri uygulanabilir.

Levator ani plikasyonu ise diğer bir cerrahi tedavi yaklaşımıdır.

Komplikasyonlar;

Kanama ve ameliyat bölgesinde enfeksiyon olması ilk ortaya çıkma eğiliminde olan yan etkilerdir. Ayrıca komşu organlarda yaralanma da görülebilir. Enfeksiyon komplikasyonu %3-6 arasında görülmektedir. Graft (yama) kullanıldığında ise buna bağlı olarak hem enfeksiyon hemde erozyon (%10) meydana gelmesi de vakiadır. Uzun süre sonra ise komplikasyon olarak pelvik organ prolapsının tekrar etmesi veya disparanü nün ortaya çıkması (%20-30 kadında) olabilir.

Sonuç olarak;

Hastanın yeniden hastalık meydana gelmemesi için karın içi basıncını azaltmasını öğrenmesi gereklidir. Bunu da solunum hastalıklarının giderilmesi ve ıkınmanın yok edilmesi ile yapabilir.

Cerrahi tedaviden önce hasta tam ve etraflıca pelvik fonksiyonları açısından araştırılmalıdır. Cerrahiye yapacak hekim ise konu üzerinde deneyimli olmalıdır.